

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

356

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Jacques, Xavier, Alexandre GOMOT

Né le 21 Septembre 1938 à KHENCHELA (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le 1963

A PROPOS DE L'HYSTEROPEXIE
DESCRIPTION D'UNE VARIÉTÉ DE
TECHNIQUE NOUVELLE A FIXATION UTERINE
PAR VOIE SOUS-PERITONEALE

Président : Monsieur P. ABOULKER (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI^e
1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

: -

Année 1963

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Jacques, Xavier, Alexandre GOMOT
Né le 21 Septembre 1938 à KHENCHELA (Algérie)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

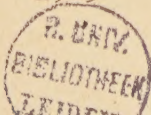
A PROPOS DE L'HYSTEROPEXIE
DESCRIPTION D'UNE VARIETE
DE TECHNIQUE NOUVELLE A FIXATION UTERINE
PAR VOIE SOUS-PERITONEALE

-:-

Président : Monsieur P. ABOULKER (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1963





Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAVIER (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J)

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR CORDIER (G)
2e ASSESSEUR CASTAIGNE

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELIARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F) { SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	N
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactér. et vir.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	N
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

MM.

Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générale	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et chi- rurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b.) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	N...
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- (Hôtel-Dieu	PATEL (J)
urgicales (Pitié	CORDIER (C)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	F. de GAUDART d'ALLAINES

Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut)	LENEGRE (J)
(Broussais)	SOULIE (P)
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médi- (Cochin)	BROUET (G)
cales (Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
(Lariboisière)	SEZE (S.de)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque)	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)

MM.

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicale	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H)
	{ LHERMITTE (F)
	{ PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES

MM.

Anatomie	{ GABROL (C)
	{ COUINAUD (C)
	{ GILLOT (C)
	{ OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS
	{ pr.s. ch.
	{ ABELANET (R)
	{ BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	(CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	(KERN (E.) VOURC'H (G) BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	(BAULIEU (Et)m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUH (J) JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Educa- tion Physique et aux Sports }	PLAS -(F)
Carcinologie	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	(CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	(LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	(COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	(BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G)
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R) DUPONT (V)

	MM.
Médecine légale	FOURNIER (E)
	GUENIOT (M)
	HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
	GRANJON (A)
	HERVET (E)
	Le LORIER (G)
	LEVY (J)
	MORIN (P)
Obstétrique	MUSSET (R)
	ROBEY (M)
	SENEZE (J)
	SUREAU (C)
	THOYER-ROZAT (J)
	BREGEAT (P)
Ophtalmologie	DUBOIS (A)
	SARAUX (H)
	JUDET (R)
Orthopédie	MEARY (R)
	POSTEL (M)
	RAMADIER (J)
	DEBAIN (J)
Oto-rhino-laryngologie	PIALOUX (P)
	GOLVAN (Y)
Parasitologie	LAPIERRE (J)
	BARCAT (J)
	BINET (J.P)
	CAUCHOIX (J)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.L)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
Pathologie chirurgicale	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	CARBAY (M)
	GARNIER (H)
	GAUDART-d'ALLAINES
	(Cl.de)
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LEVEQUE (B)
	LOYGUE (J)
	MERCADIER (M)

	MM.
Pathologie chirurgicale...	(NATALI (J)
	(PELLERIN (D)
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
Pathologie exotique	(THOMERET (G)
	(SCHNEIDER (J)
	(BENHAMOU (J.P.)
	(BERTHAUX (P)
	(BOIVIN (P)
Pathologie expérimentale...	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(MIKOL (Cl)
	(RICHT (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CATINAT (J)
	(CHRETIEN (J)
	(COBLENTZ (B)
	(CONTAMIN (F)
Pathologie médicale	(COURY (C)
	(ETIENNE (J.P)
	(FREZAL (J)
	(FRITEL (D)
	(HENNEQUET (A)
	(HIMBERT (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(MOREAU (L)
	(NICK (J)
	(ROYER (P)
	(TOURNEUR (R)
	(WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	(LAFOURCADE (J)
	(LEPERCQ (G)
	(MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	{ MOZZICONACCI (P)
	{ POLONOVSKI (C)
	{ ROSSIER (A)
	{ VIALATTE (J)
Pharmacologie	{ BOISSIER (J)
	{ LECHAT (P)
	{ BARRES (G)
	{ DEJOURS (P)
Physiologie	{ DURAND (J)
	{ GIRARD m.conf.
	{ HUGELIN (A)
	{ SCHERRER (J)
	{ CHANTEUR (J)
	{ GOUGEROT (L)m.conf.
	{ pr.s.ch.
Physique médicale	{ GREMY (F.)m.conf.
	{ MILHAUD (G)
	{ PELLETIERIN (P)
	{ ROUCAYROL (J.Cl)
	{ TUBIANA (M)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	{ KREIS (B)
	{ MEYER (A)
Psychiatrie	{ RENAULT (P)
	{ PICHOT (P)
	{ DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{ DUCHE (D)
	{ FLAVIGNY (H)
	{ LAPRESLE (J)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F)
	{ CERNEA (P)
Stomatologie	{ CHAPUT(Mme A)m.c.agr.
	{ GRELLET (M)
	{ CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	{ LAMOTTE (M)
	{ MARCHE (J)
	{ AUVERT (J)
Urologie	{ MOULONGUET (A)
	{ QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)

	MM.
Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P)
	{ AMELINE (A)pr.s.ch.
	{ VERNE (J.M)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M)
	{ RAMBERT (P)
	{ THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J)
	{ MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P)
	{ OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROP (P)pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE { BOLTANSKI (E) SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	M le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'His- toire de la Médecine	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P)
	{ Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	{ Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G)
	{ QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A mes Parents,

En témoignage de mon affection

A mon Frère,

A toute ma Famille,

A tous mes amis

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur ABOULKER,

Professeur de Clinique de Séméiologie
urinaire,
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Cochin,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse

Hommage respectueux

A Monsieur le Docteur DEBIDOUR,
Chirurgien-Chef à l'Hôpital d'Arpajon

Qu'il trouve ici l'expression
de ma gratitude pour les
conseils qu'il m'a toujours
prodigués et son aide si
précieuse

A PROPOS DE L'HYSTEROPEXIE
DESCRIPTION D'UNE VARIETE
DE TECHNIQUE NOUVELLE A FIXATION UTERINE
PAR VOIE SOUS-PERITONEALE
-:-:-:-

INTRODUCTION

-:-

Fort simple dans son principe, mais diverse dans ses modalités techniques, l'hystéropexie fut autrefois et reste actuellement la méthode de choix de traitement chirurgical de la rétrodéviation utérine et joue un rôle très important dans celui du prolapsus génital.

L'objet de cet exposé est de décrire, dans le cadre général de la pexie utérine, une variété de technique chirurgicale nouvelle imaginée et mise au point par le Docteur H. DEBIDOUR dans le service duquel, à l'hôpital d'Arpajon, nous avons accompli notre stage interne.

Dans la première partie de cet exposé, rétrodéviation utérine et prolapsus génital seront étudiés en tant qu'indications de l'hystéropexie. Il y sera aussi précisé les données anatomiques du problème opératoire, en particulier les incidences de ces affections sur le système uréthro-vésical.

La description et l'étude critique des techniques classiques d'hystéropexie représenteront la deuxième partie de ce travail.

Ces techniques classiques présentent en effet, semble-t-il, des inconvénients post-opératoires souvent tardifs mettant parfois en danger la vie des malades, en particulier l'occlusion intestinale aiguë post-opératoire tardive. Ces complications ont conduit H. DEBIDOUR

à imaginer et à mettre au point une technique originale d'hystéropexie permettant de les éviter dans les suites opératoires. C'est cette technique que nous exposerons dans la dernière partie de ce travail. Nous en analyserons aussi les résultats par l'étude de 42 observations recueillies en majeure partie dans le Service de Chirurgie de l'hôpital d'Arpajon.

Le docteur H. DEBIDOUR, que nous remercions bien vivement ici, a bien voulu nous confier un certain nombre d'autres cas, choisis dans sa clientèle personnelle.

-:-

PREMIERE PARTIE

--

RETRODEVIAATION UTERINE ET PROLAPSUS GENITAL

--

INDICATIONS DE L'HYSTEROPEXIE

— Rétrodéviatation utérine et prolapsus génital.
Etiologie. Clinique.

La rétrodéviatation utérine

Organe de la gestation, l'utérus est sujet à des variations de volume très importantes, il lui faut s'adapter sans entraves aux modifications topographiques qu'elles lui imposent. C'est donc un organe mobile, mais la rançon de cette mobilité, c'est la fréquence des troubles de sa statique. La rétrodéviatation utérine est le plus important de ces troubles ; syndrome gynécologique banal, il pose de difficiles problèmes thérapeutiques.

On peut définir la rétrodéviatation utérine, avec MERGER, comme étant "la position permanente du fond utérin en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, alors que sa position normale est en avant, couché sur la face postéro-supérieure de la vessie". Il est classique d'opposer les rétroflexions d'une part, dans lesquelles l'utérus est coudé en arrière, le corps s'étant infléchi sur le col resté en place ou modérément entraîné et les rétrover-

sions de l'autre où l'utérus tout entier bascule autour de son isthme comme charnière, de sorte que le corps est dans le cul-de-sac de Douglas et que le col regarde en haut et en avant.

Si l'on considère l'étiologie de ces rétro-déviations, la même dualité s'observe. La rétroflexion est le plus souvent congénitale ou parfois infantile, elle coexiste habituellement avec un retard du développement de l'utérus. La rétroversion, par contre, est très rarement d'origine congénitale, le plus souvent d'origine acquise, soit à la suite d'un amaigrissement ou d'une asthénie brusque, soit d'une fonte musculaire et d'un relâchement ligamentaire, soit surtout à la suite d'un accouchement (et par des mécanismes diversement décrits et interprétés par les auteurs) ou d'un avortement. Parfois, rétroversion et rétroflexion sont associées, à des degrés variables d'ailleurs, constituant ainsi ce qu'on peut appeler la rétroversoflexion. La rétroversoflexion est souvent à l'origine de prolapsus.

Ce sont dans la majorité des cas des troubles fonctionnels chroniques, parfois secondaires à un avortement ou un accouchement, qui permettent d'évoquer le diagnostic de rétroversion. Il s'agit du douleurs parfois. Quelques malades éprouvent une véritable douleur sourde et continue dans les régions anale et vulvaire, irradiant vers les lombes et la région sacrée, accrue par la fatigue. La plupart des malades ressentent une gêne continue ou intermittente qui leur donne l'impression d'un corps étranger qu'elles voudraient expulser. Il s'agit aussi de dyspareunie, parfois pénible, apparaissant dans l'action profonde du coït. Il s'agit enfin du dysménorrhée ou de règles de durée anormalement

augmentée. Contrairement à ces signes fonctionnels peu nets, dont l'interprétation est délicate, les signes donnés par l'examen clinique sont nets et d'interprétation facile. Le toucher vaginal montre en règle un col dans le cul-de-sac antérieur, sous-pubien, un corps en arrière, dans le Douglas, de volume un peu augmenté, de consistance variable, assez sensible. On peut percevoir les ovaires, fréquemment prolapsés et même douloureux. L'hystérographie donne de bons renseignements dans les explorations difficiles. Les clichés de face permettent de reconnaître la déviation en avant ou en arrière, en montrant un aplatissement horizontal de la cavité sur le col. Les clichés pris en position oblique, droite ou gauche, permettent de distinguer l'antéversion de la rétroversion. Il s'agit d'une rétroversion si l'image de la cavité utérine est déportée du côté de la hanche antérieure, la tête fémorale antérieure étant plus petite et plus finement dessinée et la ligne innominée antérieure apparemment redressée. L'évolution est très variable, quelquefois la vie génitale reste normale, les grossesses sont faciles ; quelquefois on peut constater une stérilité associée au trouble statique ; la réduction de la rétroversion peut ne pas se faire en cours de grossesse et les accidents les plus graves peuvent survenir ; enfin, les rétroversions incomplètes et les rétroversoflexions sont souvent à l'origine de prolapsus. Deux formes cliniques doivent être notées car elles sont justiciables de thérapeutiques fort différentes. La première décrite par MASTERS et ALLEN associe la rétroversion à une déchirure du feuillet postérieur d'un ou de deux ligaments larges, accompagnée d'une hémorragie intrapéritonéale de quantité variable. La seconde, rétro-déviati on fixée dite irréductible, est pour

MERGER et MELCHIOR, secondaire à un syndrome infectieux génital banal.

Le prolapsus génital

Bien différent de la rétrodéviatiion utérine, du moins sur le plan étiologique et clinique, le prolapsus dit génital depuis TRELAT est dû à des lésions de l'appareil de soutènement et de sustentation des viscères pelviens. Il consiste en un déplacement vers le bas des organes génitaux, les aspects anatomo-pathologiques observés étant complexes.

Très rarement d'origine congénitale, le prolapsus fait suite le plus souvent à un ou plusieurs accouchements et il est souvent lié à la dystrophie fibromusculaire de l'organisme et à la sénilité. Dans les exceptionnels prolapsus des vierges et des nullipares il y a laxité des moyens de suspension de l'utérus, atrophie des muscles du plancher pelvien, insuffisance de développement des faisceaux puborectaux des releveurs, absence de développement des culs de sac qui gardent "le type foetal" (FORGUE et MASSABUAU). Chez les multipares par contre, il faut souligner le rôle capital des déchirures périnéales qui lèsent, entre vagin et rectum, le noyau fibreux central du périnée. Après plusieurs accouchements, le releveur a perdu de sa tonicité, le périnée s'est détendu, il existe une béance de la vulve (DUPLAY et CHAPUT). Pour BOUILLY il faut invoquer le rôle de la dystrophie fibromusculaire dans l'étiologie du prolapsus : il s'agit de femmes "à traits tirés, à peau flasque, à paroi abdominale lâche, dont l'estomac est ptosé, le rein mobile, l'intestin atone". La sénilité, en provoquant l'atrophie du plancher musculo-aponévrotique pelvien, joue un rôle analogue.

Contrairement au tableau clinique de la rétrodéviatiou utérine celui du prolapsus génital est polymorphe. Il est indispensable de dresser un bilan précis des lésions anatomiques et un bilan exact de l'état général, conditions d'une indication thérapeutique bien posée. Inventaire précis des lésions anatomiques ? Quelle est la déficience périnéale, s'agit-il de colpocèle antérieure et de cystocèle, de colpocèle postérieure et de rectocèle, de descente de l'utérus à l'un quelconque de ses trois degrés, ou d'allongement hypertrophique du col, ces questions doivent d'abord être résolues par un examen clinique soigneux. Le bilan de l'état général et des troubles fonctionnels ? Seul un interrogatoire poussé permettra de préciser les douleurs, les troubles urinaires surtout, à type de dysurie, de pollakiurie diurne, de cystalgie, d'incontinence, les troubles rectaux et ceux de la fonction sexuelle. Les formes cliniques des prolapsus génitaux sont évidemment particulièrement nombreuses.

— L'hysteropexie, méthode de traitement chirurgical de la rétrodéviatiou utérine et du prolapsus génital.

L'hysteropexie, méthode de traitement chirurgical de la rétrodéviatiou utérine.

Bien que pour quelques auteurs dont LEVY et BARRAT, les rétroversions soient le plus fréquemment silencieuses, parfois ignorées, il semble qu'un grand nombre de ces anomalies de statique utérine s'accompagnent de troubles pathologiques dont le traitement est absolument indispensable. Ce sont les rétroversions s'accompagnant de dysménorrhée, de leucorrhée, de douleurs, de dyspareunie, de troubles généraux, digestifs, circulatoires, de stérilité ; ce sont aussi les ré-

troversions associées à d'autres lésions de l'appareil génital, qu'il s'agisse de lésions inflammatoires des annexes ou qu'il s'agisse de tumeurs annexielles ou utérines.

La rétroversion peut, certes, dans un premier temps, du moins, être traitée médicalement. Mais ce traitement s'adresse surtout à l'ensemble des troubles connexes, consécutifs ou non à la rétroversion, bien plus qu'à l'anomalie de statique elle-même. Celle-ci doit être traitée chirurgicalement par une opération de chirurgie plastique dont les modalités sont variables suivant les techniques, mais qui consiste - dans la majorité des cas du moins - en un redressement de l'utérus et en sa fixation en position "fonctionnelle", c'est à dire en une pexie utérine. La rétrodéviatiion représente donc l'une des deux indications majeures de l'hystéropexie, l'autre indication étant le prolapsus génital, comme nous le verrons ultérieurement. Mais, toutes les rétrodéviations doivent-elles être traitées chirurgicalement ? Pour MERGER et MELCHIOR comme pour la plupart des auteurs, le traitement chirurgical est indiqué "quand la rétroversion donne des troubles importants et que ces troubles peuvent être rapportés à la rétroversion utérine". C'est dire que les indications peuvent être discutées. A l'opposé de la rétroversion fixée dont la cure chirurgicale n'est envisagée qu'en cas d'échec du traitement médical, le syndrome de MASTERS et ALLEN est une indication opératoire majeure, de même que la rétroversion accompagnée de prolapsus. Pour NETTER les douleurs spontanées et provoquées par la mobilisation, les douleurs au cours du coït profond sont une bonne indication. En cas de stérilité associée à la rétrodéviatiion, l'intervention est légitime si tous les examens des conjoints, cliniques et paracliniques,

sont normaux ; de même si la rétroversion s'accompagne d'avortements spontanés à répétition. Pour de nombreux auteurs la dysménorrhée consécutive à la rétroversion est une indication opératoire discutable. Pour BROCC et MOCQUOT, la disparition des troubles et en particulier des douleurs spontanées après pose d'un pessaire de Hodge, laissé en place quelques semaines ou mois, serait une indication de traitement chirurgical. De GABRIELLI a étudié les incidences digestives des rétrodéviations utérines et a montré qu'un certain nombre de troubles digestifs secondaires à ces rétrodéviations peuvent être considérés comme des indications du traitement chirurgical : les troubles gastriques à type de ptose, de syndrome ulcéreux ou de hernie hiatale, les troubles coliques à type de colite, les accidents hépatobiliaires à type de poussée congestive hépatique ou même de syndrome ictérique véritable.

L'hysteropexie, méthode de traitement chirurgical du prolapsus génital

Contrairement à la rétroversion utérine, dont la cure chirurgicale ne peut être envisagée que par voie haute ou voie abdominale, le prolapsus génital peut être traité, soit bien sûr par voie abdominale, soit aussi par voie vaginopérinéale, soit le plus souvent par voie mixte.

Certains auteurs, MERGER, MUSSET, TE LINTE sont partisans de la voie vaginopérinéale isolée. Celle-ci doit comporter un temps antérieur assurant la cure de la colpocèle antérieure et de la cystocèle, un temps moyen de résection cervicale, un temps postérieur restaurant la sangle des releveurs, réparant l'appareil sphinctérien, traitant la colpocèle postérieure et la rectocèle. A l'opposé, MARION, SCHWARTZ, LEIBOVICI et YOVANOVITCH,

BENASSY prônent l'hystéropexie isolée, de même que AMELINE et HUGUIER qui suturent l'isthme au disque L₅-S₁. D'autres auteurs enfin associent les deux voies : l'hypotéropexie et l'intervention vaginopérinéale. C'est la triple opération dite "méthode française" dont un grand nombre de variantes ont été proposées.

Mais tous les prolapsus ne doivent pas être opérés ? Le stade initial du prolapsus, léger déroulement des parois à l'effort, le prolapsus de la jeune femme appelée à d'autres maternités doivent être respectés. Les tares organiques graves, de même, sont des contre-indications à un acte de chirurgie purement plastique. Mis à part ces cas particuliers, le traitement chirurgical est la règle, la fonction de reproduction et la fonction sexuelle devant servir de guides pour le choix du procédé opératoire. En période de fécondité, l'abstention et la temporisation sont souvent de règle. La chirurgie est justifiée pour les prolapsus importants, pour ceux qui s'accompagnent de troubles sphinctériens. Deux problèmes se posent : celui de l'amputation du col sus-vaginal, dont les risques d'accidents gravidiques et obstétricaux sont discutés, et celui des conséquences obstétricales de la cure des prolapsus : les interventions complexes, celles ayant nécessité une réparation du rectum ou de son sphincter conduisent à la césarienne de principe, de même que les périnéorraphies postérieures trop serrées ou les colpectomies trop étendues. S'il s'agit d'une femme sexuellement active, mais sans possibilité de grossesses, l'intervention doit ménager le fourreau vaginal et n'apporter aucune entrave au coït. S'il s'agit enfin d'une femme ayant renoncé à toute activité sexuelle, on pourra envisager un cloisonnement du vagin ou une colpohystérectomie, en tenant compte, non de l'âge de la malade, mais de sa volonté clairement exprimée.

— Les données anatomiques et anatomopathologiques du problème opératoire

En ce qui concerne la retroversion utérine : anatomo-pathologie, incidences uréthro-vésicales

En partie saillant sous le péritoïne, en partie situé dans l'espace pelvi-sous-péritonéal, son extrémité inférieure apparaissant au fond du vagin, derrière la vessie, devant le rectum, l'utérus en position normale a une direction très caractéristique. L'utérus est normalement antéversé : oblique en bas et en arrière, alors que le vagin est oblique en bas et en avant, faisant sensiblement avec ce dernier un angle droit, il appuie en avant sur la vessie, et les anses grêles et le côlon pelvien reposent sur lui. Il est aussi antefléchi : le corps est incliné sur le col et forme avec lui un angle obtus ouvert en bas et en avant de 120°. Cette attitude normale de l'utérus, antéversé et antefléchi, varie physiologiquement, la réplétion de la vessie redresse l'utérus, la réplétion du rectum le refoule en avant. Elle varie aussi pathologiquement, une collection du Douglas refoule l'utérus en haut et en avant derrière la symphyse, au contraire l'utérus peut être basculé en arrière, le fond tombé dans le cul-de-sac de Douglas : c'est la rétroversion utérine. Les rapports de l'utérus en position normale doivent être précisés afin de bien juger des difficultés opératoires soulevées par la rétro-version. L'insertion dans le vagin se fait au niveau du col selon une ligne oblique en bas et en avant, dans le segment supérieur de sa face antérieure. Le péritoïne venu de la vessie tapisse d'abord la face antérieure du corps utérin, le cul-de-sac vésico-utérin s'arrête au bord supérieur de l'isthme, le péritoïne adhérent au tissu

utérin. Il contourne ensuite le fond utérin, puis, toujours en lui adhérent, le tiers supérieur de la face postérieure du vagin. Il remonte devant le rectum, formant ainsi le cul-de-sac de Douglas. L'utérus ne répond donc à l'espace pelvisouspéritonéal qu'en avant et sur les côtés. Si l'on considère les moyens de fixité de l'utérus normalement situé, on peut s'apercevoir, avec GREGOIRE, qu'ils ne sont pas constitués par les ligaments larges qui doivent plutôt être considérés comme une région annexe de l'utérus contenant ses vaisseaux et nerfs, mais en fait par les connexions utéro-vaginales. Le col, est soutenu par les releveurs, s'appuie sur le coude du rectum et plus bas sur le noyau fibreux central du périnée.

L'utérus rétroversé a basculé en arrière autour de l'isthme comme charnière. Le corps est dans le cul-de-sac de Douglas, le fond tourné en arrière vers le coccyx ou franchement vers le bas, moulant le fond du cul-de-sac. L'angulation, entre l'axe du corps et l'axe du col, s'est atténué, les deux axes arrivant presque à se prolonger. Le col regarde en haut et en avant, il est derrière la symphyse. L'utérus est gros et congestif. Les lèvres du col sont volumineuses. Il est cependant en général mobilisable, rarement la rétroversion est irréductible. La vascularisation est troublée. Il peut y avoir production d'une ectasie veineuse, DELMAS et RICHE ont même décrit un véritable varicocèle pelvien. Les ovaires sont parfois normaux, parfois dystrophiques, fréquemment prolapsés, ce qui est à l'origine de douleurs tenaces et impose certaines techniques opératoires. Le Douglas est souvent anormalement profond pouvant même être divisé en deux étages par les bords internes des ligaments utéro-sacrés, le corps utérin étant souvent emprisonné dans l'étage

inférieur. Les ligaments larges peuvent être déchirés, comme dans le syndrome de MASTERS et ALLEN, les ligaments ronds grêles et distendus, les utérosacrés relâchés. Des adhérences peuvent exister, conséquences de pelvi-péritonite ou d'organisation du sang des règles venu de l'utérus par réflexe utéro-tubaire (BROCQ).

Les rapports avec la vessie et les incidences vésicales doivent être précisés. Les auteurs classiques décrivent à la rétro-version un retentissement "presque constant du côté de la vessie. Le col utérin soulève le col vésical et provoque des phénomènes de dysurie et parfois de cystalgie". Ce n'est pas l'opinion de P.J. CAPLIER, R. BORY et J. KAHN-NATHAN. Le col pour eux n'est qu'assez rarement franchement orienté en avant jusqu'à soulever la région trigonale. Le col ne s'avance guère sous le bas-fond vésical et le corps utérin parti en arrière ne modifie pas cliniquement la réplétion de la vessie. La coelioscopie montre, avec une disposition vésicale parfaitement normale, des myomes méconnus, des rétroversions irréductibles alors que l'anamnèse n'incrimine aucun trouble urinaire. S'il y a grossesse par contre, le problème est difficile. L'incarcération pelvienne d'utérus gravidique peut s'observer vers le quatrième mois, elle se manifeste par une rétention complète brusquement installée. On constate le laminage rétropubien de l'appareil urétrotrigonal, parfois la nécrose aiguë du bas-fond vésical.

En ce qui concerne le prolapsus génital :
anatomopathologie, incidences urétro-vésicales :

Les données anatomopathologiques du problème opératoire sont plus complexes en cas de

prolapsus génital. Elles ont ici une importance considérable non seulement pour préciser le type de prolapsus, mais encore pour choisir la technique chirurgicale appropriée. Plusieurs aspects anatomo-pathologiques, plusieurs variétés, peuvent se voir. Les colpocèles antérieures et cystocèles consistent en une procidence de la paroi antérieure du vagin entraînant la vessie avec elle. Les colpocèles postérieures et rectocèles consistent en une procidence de la paroi postérieure du vagin, entraînant, moins facilement le rectum. Les prolapsus de l'utérus sont de trois degrés. Dans un premier degré, l'utérus est abaissé, contenu en entier dans le canal vaginal. Les culs de sac vaginaux sont abaissés, le rectum plus ou moins entraîné. Dans le deuxième degré, l'utérus est abaissé et apparent, le col est à la vulve entre les deux saillies constituées par la cystocèle antérieure et la colpocèle antérieure. Dans le troisième degré, l'utérus est extériorisé, le vagin retourné en doigt de gant. On distingue enfin l'allongement hypertrophique du col qui, le plus souvent, est la conséquence du prolapsus utérin. Tous les aspects anatomo-pathologiques, en fait peuvent se voir.

Alors que la rétrodéviation a peu d'incidences vésicales, par contre les troubles fonctionnels uréthro-vésicaux associés au prolapsus génital sont importants : rarement il s'agit de rétention, parfois de pollakiurie ou de cystopathie, essentiellement d'incontinence. Anatomiquement, l'incontinence en cas de prolapsus s'explique par le fait que le ligament transverse du périnée et son aponevrose sont un joug au col de l'urètre. "C'est sur cette poutre tendue en travers des murs osseux de la ceinture pelvienne que tout ce qui tire l'urètre en haut et en arrière vient appuyer le conduit et affer-

mir la continence " (MAGENDIE, LANGE, LAMARCHE). Il n'y a pas de concordance entre le degré du prolapsus et l'importance de l'incontinence. L'incontinence domine dans les prolapsus avec lésions du périnée antérieur même si le retentissement sur la statique périnéale est minime. Il n'y a pas d'incontinence dans les rectocèles isolées ou associées à une descente du col, sans modification de la statique vésicale. Il peut exister de grandes cystocèles sans incontinence. Dans le cas de cystocèles moyennes avec descente du col utérin et de rectocèles minimales le prolapsus vesical semble bien responsable de l'aggravation de la défaillance du sphincter par étirement progressif. Dans le prolapsus total, après avoir contribué à créer l'incontinence, ce prolapsus est à l'origine d'une suppléance heureuse qui amène dans bien des cas une apparente guérison de la complication. La cure du prolapsus redressant la vessie et supprimant la plicature urétrale déclenche de nouveau l'incontinence.

— Conclusion de la première partie :

La rétroversion utérine et le prolapsus génital sont deux indications majeures des interventions dites d'hystéropexie. L'hystéropexie isolée suffit en cas de rétrodéviation. En cas de prolapsus génital, elle peut ou non être associée à une intervention par voie basse. L'étude des données anatomiques et en particulier de la composante uréthro-vésicale du problème opératoire a montré la difficulté de ce dernier. D'une part toutes les rétro-déviationes ne sont pas justiciables de la chirurgie, de là la nécessité de préciser les indications du traitement chirurgical. D'autre part, il existe de nombreuses variétés de prolapsus, chacune exigeant une solution chirurgicale appropriée. Cette com-

plexité explique le grand nombre de solutions qui ont été proposées à ce problème du traitement chirurgical de la rétrodéviation utérine et du prolapsus génital. L'étude de ces diverses techniques, très différentes dans leurs principes, leur réalisation pratique et leurs résultats, toutes très classiques, depuis, sera l'objet de la deuxième partie de cet exposé.

-:-

: IIème PARTIE

--

LES TECHNIQUES CHIRURGICALES CLASSIQUES
d'HYSTEROPEXIE

L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE POST-OPERATOIRE

--

Nous étudierons d'abord les différentes techniques classiques d'hystéropexie, dans la rétroversion et dans le prolapsus, sans décrire les procédés de cloisonnement du Douglas de MARION ou de douglassectomie de JAMAIN, LETESSIER et GRENET, procédés très différents dans leurs principes de l'hystéropexie. Puis, nous étendrons sur le danger de ces techniques classiques, c'est à dire sur la possibilité d'occlusion intestinale aiguë post-opératoire tardive.

— Les hystéropexies dans la rétroversion utérine

Pour réaliser la pexie de l'utérus, c'est à dire sa fixation en bonne position, les chirurgiens ont en général recours à plusieurs procédés différents, utilisant soit l'utérus lui-même, soit les ligaments ronds (dont on peut rapprocher les procédés de raccourcissement ligamentaire), soit le péritoine pelvien.

Les hysteropexies proprement dites

Elles furent parmi les premiers procédés utilisés. Dès 1892, DURSSEN, plus tard NICOLETIS, utilisent la vaginofixation du col utérin. MACKENRODT en 1896, plus tard LE DENTU et PICHEVIN préfèrent la vaginofixation du corps. A côté de ces hystéropexies vaginales, de nombreux procédés d'hystéropexie abdominale ont été proposés. DELBET, WALTHER, YOVANOVITCH, GUEULETTE, BENASSY, JAMAIN, pratiquent l'hystéropexie isthmique. Après incision médiane ou de Pfannenstiel, section des plans pariétaux et du péritoine, ils fixent l'isthme à la paroi par trois ou quatre fils passés plusieurs fois dans l'isthme. TERRIER pratique une hystéropexie corporeale. OLSHAUSSEN suture à la paroi le point d'implantation des ligaments ronds. KELLY suture la partie postérieure du fond utérin à la paroi. KOCHER pratiquait une exohystéropexie. HALBAN, après ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, attire par des plis successifs le maximum de péritoine vésical et bascule l'utérus dans la plaie, puis suture par une série de points séparés le fond utérin à la face postéro-supérieure de la vessie, réalisant ainsi une vésicofixation haute de l'utérus.

Les techniques utilisant le peritoine pelvien

La plus utilisée est celle de PESTALOZZA. Elle consiste à fixer le fond de l'utérus au péritoine du cul-de-sac intervésico-utérin préalablement incisé et décollé, de sorte que : "l'opération achevée, la face antérieure du corps de l'utérus est complètement recouverte d'un double revêtement séreux, le sien propre et celui que représente le lambeau péritonéal décollé, lequel arrive finalement à masquer le fond de l'utérus". Après coeliotomie, il pratique une incision transversale du péritoine préutérin en avant de

l'isthme, dépassant de chaque côté les bords de l'utérus, puis décolle le lambeau inférieur jusqu'au fond vésical. Il ramène alors l'utérus en antéversion puis passe trois ou quatre fils dans l'épaisseur du fond utérin et largement dans l'étoffe du lambeau décollé. Le dernier temps de l'intervention est représenté par la fermeture du péritoine et de la paroi.

BRINDEAU utilise aussi cette technique, en particulier lorsque des adhérences inflammatoires ont dépoli ou cruenté la face antérieure de l'utérus.

Les ligamentopexies pariétales

Ce sont les plus employées des hystéropexies.

La technique de DOLERIS et GILLIAM est tout à fait classique. Cette technique, qui, pour DOLERIS, resterait d'accord avec "les exigences physiologiques de l'appareil génital" peut être schématisée en sept temps.

1er temps : laparotomie sous-ombilicale ou Pfannenstiel ;

2ème temps : exploration de l'utérus et de ses annexes, protection, redressement de l'utérus ;

3ème temps : à quelques centimètres de la corne utérine, symétriquement sous chaque ligament rond, une anse de catgut est passée et saisie par une pince ;

4ème temps : à quelques centimètres au-dessus du pubis, à 1,5 centimètre de la ligne médiane on traverse au bistouri l'aponévrose, le muscle et le péritoine ; sur la lame laissée en place comme guide, on amène l'anse de catgut du ligament rond, par un trajet inverse on entraîne à l'aide d'une pince l'anse de catgut, puis le ligament rond ; on réalise la même manœuvre de l'autre côté ;

5ème temps : fermeture du péritoine, suture de

la ligne blanche ;

6ème temps : suture des ligaments ronds l'un à l'autre, suture de chaque ligament à la gaine du droit ;

7ème temps : fermeture cutanée.

L'école gynécologique de Lyon a proposé une autre variété de ligamentopexie pariétale : la technique de PELLANDA. Après coeliotomie par incision de Pfannenstiel et mise en position de Trendelenbourg, on passe une anse de catgut sous chaque ligament rond à 4 ou 5 cm de la corne utérine. On transfixe le péritoine de dehors en dedans par une pince, le point de transfixion étant en dehors du grand droit, près de l'arcade crurale. La pince saisit l'anse de catgut et par un trajet inverse fait passer l'anse ligamentaire à travers la brèche péritonéale. Après une manoeuvre égale de l'autre côté, on contrôle les résultats du raccourcissement, la position que prend l'utérus, l'absence de coudure des trompes. On ferme ensuite le péritoine et on rapproche les grands droits. Puis on suture l'aponévrose et on fixe les ligaments à la face profonde de l'aponévrose par des points simples prenant une lèvre aponévrotique, chaque branche de l'anse ligamentaire par son bord seulement, puis l'autre lèvre aponévrotique. On réalise enfin la suture cutanée.

Les ligamentopexies rétro-utérines

Elles réalisent une sangle ligamentaire en arrière de l'utérus. Un premier procédé est celui de BALDY-DARTIGUES. Il consiste à fixer les deux ligaments ronds à la face postérieure de l'utérus, après les avoir attiré par transfixion des ligaments larges au-dessous des insertions tubaires.

1er temps : laparotomie longitudinale courte ou Pfannenstiel ;

2ème temps : après protection et exploration on attire en avant l'utérus par un hystérolabe, on perfore à la pince ou au passe-fil chaque ligament large d'arrière en avant dans une zone avasculaire en dehors de l'arcade artérielle et au-dessous du ligament tubo-ovarien ;

3ème temps : après avoir saisi chaque ligament rond à 4 cm de la corne utérine on l'attire à travers le ligament large par la boutonnière, en arrière du corps utérin ;

4ème temps : les anses ligamentaires sont amenées au contact l'une de l'autre, leurs sommets sont réunis par une ou deux sutures transfixiantes. Des points séparés fixent chaque branche des deux anses à la paroi que l'on a pû aviver en cet endroit ;

5ème temps : fermeture pariétale.

Le second procédé est celui de ALFIERI. Il sectionne le ligament rond à 3 ou 4 cm de la corne, amène et fixe le bout périphérique attiré par le ligament large dans une tunnelisation pratiquée à la face postérieure de l'utérus.

Les procédés de raccourcissement ligamentaires

Ils sont nombreux.

Citons d'abord le procédé décrit par ALQUIE, ALEXANDER, ADAMS. Il consiste à attirer le ligament rond par voie inguinale, à le sectionner et le raccourcir, puis à fixer son bout proximal à l'aponévrose du grand oblique. Une variante de ce procédé a été décrite par GRANJON, l'intervention se faisant "à ciel ouvert".

Le procédé de WYLIE, BODE, MEUGE-DUDLEY consiste en une plicature simple, avec suture des anses en canons de fusil. Dérivé des

procédés de PAUKOW et de LANGES, le procédé de MOCQUOT est très utilisé. Il consiste à sectionner chacun des ligaments en son milieu, puis à adosser chaque segment en canon de fusil, ce qui réduit de moitié la longueur intrapelvienne des ligaments. Après incision médiane ou Pfannenstiell (1er temps), le ligament rond d'un côté est lié en son milieu par deux fils distants de 0,5 cm (2ème temps). On sectionne alors le ligament ainsi que le péritoine adjacent sur 2 à 3 cm (3ème temps). Un fil est passé dans le bout périphérique du ligament rond à son entrée dans l'abdomen. L'aiguille ressortant dans l'extrémité externe de la brèche péritonéale ramène un des chefs du bout central. Même manoeuvre pour ramener l'autre chef du bout central. Manoeuvre similaire mais inverse ramenant le bout périphérique vers l'insertion utérine du ligament. Les chefs sont noués, le péritoine reconstitué (4ème temps). Même opération du côté opposé (5ème temps). Fermeture de la paroi (6ème temps).

Le procédé décrit par AMELINE et HUGUIER est une pexie isthmique vers l'arrière, visant au remplacement des ligaments utérosacrés détendus. Lorsque l'isthme est attiré en arrière, le corps se remet de lui-même en antéversion et garde sa mobilité. Dans un 1er temps, sur la face antérieure du disque lombosacré, c'est à dire sur la saillie du promontoire on fait une incision verticale de 5 cm sur le péritoine. Après dissociation des éléments nerveux, notamment du nerf présacré, et des éléments vasculaires, le disque apparaît brillant et nacré, on le dénude sur 3 cm. Deux fils non résorbables sont passés transversalement à la partie basse et moyenne du disque sur 2 cm de largeur et 0,5 cm d'épaisseur. Dans un 2ème temps, le fil inférieur est passé à la partie inférieure de l'isthme, le supérieur un peu au-dessus.

Dans un 3ème temps, il faut serrer les fils. Souvent l'isthme ne vient pas au contact du promontoire. Les fils restent tendus, jouant le rôle de néoligaments utéro-sacrés. Dans un 4ème temps, le couloir péritonéal droit doit être comblé. A gauche, l'étroit défilé est occupé par le côlon. La suture est menée de droite à gauche, elle unit le péritoine postérieur du D.S. à la face postérieure du ligament large. Il faut faire attention à la blessure de l'uretère, en tendant en chaque point le péritoine du D.S.

— Les hystéropexies dans le prolapsus génital

Les diverses techniques d'hystéropexie précédemment décrites à propos de la rétro-déviatiion utérine ont été utilisées dans le traitement du prolapsus génital (SCHWARTZ, LEIBOVICI et YOVANOVITCH, BENASSY, FUNCK-BRENTANO). La pexie isthmique vers l'arrière au promontoire est utilisée par AMELINE et HUGUIER pour le prolapsus génital. MARIION et JONNART décollent l'espace intervésico-utérin, remontent et fixent la vessie à la face antérieure de l'utérus.

Le plus souvent, l'hystéropexie est associée à une intervention par voie basse (Nous ne décrivons pas ces interventions par voie vaginopérinéale, car elles débordent le cadre de notre sujet). Cette technique fut très utilisée autrefois sous le nom de triple opération ou méthode française. Actuellement cette triple opération a encore la faveur de nombreux chirurgiens. AMELINE et HUGUIER associent souvent à leur intervention abdominale une intervention basse. La chirurgie dite à "deux équipes" est dans tous les cas utile, car elle diminue considérablement la durée de l'intervention.

— Critique de ces techniques classiques d'hystéropexie : l'occlusion intestinale aiguë post-opératoire tardive.

Chaque méthode précédemment décrite a suscité des remarques. Les hystéropexies vaginales ne permettent pas l'exploration complète de l'appareil génital. L'hystéropexie abdominale ne saurait, pour MERGER, être employée chez la femme se trouvant à l'âge des fécondations faciles, sinon il faudrait l'associer à une castration. L'hystéropexie isthmique n'empêche pas les récidives au-dessous du point d'attache isthmique, et elle expose, selon la plupart des obstétriciens, à des accidents obstétricaux d'autant plus que l'isthme donne naissance au segment inférieur dont l'importance est capitale au cours de l'accouchement.

Dans la technique de PESTALOZZI et BRINDEAU, les réinterventions montrent que le péritoine forme autour de l'utérus une gangue fibreuse solide, bridant par trop sévèrement l'utérus. Les ligamentopexies à la DOLERIS ou à la PELLANDA ont suscité le plus de remarques et de restrictions. Sans aller jusqu'à dire avec MERGER que "la principale complication de la rétrodéviation est la ligamentopexie" il semble cependant nécessaire de noter que cette dernière est à l'origine d'accidents possibles. Les douleurs représentent une complication fréquente de cette technique, parfois à un point tel qu'on peut parler avec COTTE d'un syndrome douloureux post-opératoire. COUVELAIRE a signalé des accidents urinaires à type de pollakiurie pouvant aboutir à l'atrophie vésicale. La stérilité peut résulter de l'attraction des trompes dans la boutonnière pariétale. Les accidents obstétricaux, évoqués par BROCC, LACOMME, ont été étudiés avec soin par HEURTIN dans son ouvrage : "Considérations sur les consé-

quences gravidiques et obstétricales des hystéropexies". Pendant la gestation, il faudrait redouter les douleurs vésicales, l'insertion basse du placenta, la possibilité d'avortement. Pendant le travail, il y aurait 10 p. cent de présentations transversales, les contractions seraient de mauvaise qualité, le risque de rupture utérine réel. Au cours de la délivrance, les hémorragies dues à l'inertie utérine ou à l'obstacle mécanique de la rétraction seraient fréquentes. La complication la plus redoutable est cependant l'occlusion intestinale aiguë par brides et adhérences que nous décrirons plus loin.

Les ligamentopexies rétro-utérines de BALDY-DARTIGUES et d'ALFIERI, font l'objet des mêmes critiques que les précédentes. En outre, il faut signaler la fréquence des récidi- ves quand la sangle est fixée trop bas.

Les procédés de raccourcissement ligamen- taire ne sont pas non plus exempts de criti- ques. Le procédé d'ALQUIE ne permet pas d'ex- plorer la totalité de l'appareil génital. Ce- lui de MOCQUOT évite certes les complications intestinales mais n'empêche pas les récidi- ves car il utilise des formations étirées, affai- blies, n'ayant qu'une valeur de suspension discutable. Le procédé d'AMELINE et HUGUIER expose par contre aux risques d'étranglement intestinal post-opératoire, les néoligaments utérosacrés pouvant être à l'origine de bri- des, agents d'occlusion.

L'Occlusion intestinale aiguë post-opératoire tardive

L'occlusion intestinale aiguë survenant parfois tardivement, après une hystéropexie réalisée selon l'un des procédés classiques

décrits, est une complication dont la fréquence et la gravité ont conduit DEBIDOUR à modifier sa technique d'hystéropexie.

De nombreux auteurs ont signalé la possibilité d'occlusion après hystéropexie. Dès 1912, BAZY, dans la Revue de Gynécologie signale de nombreux cas d'étranglement intestinal dans les suites immédiates ou lointaines d'hystéropexie. En 1938, dans une communication à l'Académie de Chirurgie, PELLE cite trois observations d'occlusion intestinale aiguë après ligamentopexie de DOLERIS. BROCARD, en 1938, dans le Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, signale une occlusion intestinale 4 ans après une intervention à la DOLERIS, de même ALESTE, toujours après intervention à la DOLERIS. YOVA-NOVITCH, NOVITCH, dans le Bulletin médical de la même année étudie "les inconvénients et les dangers de la ligamentopexie à la DOLERIS", mettant au premier rang de ces dangers l'occlusion aiguë. ARNOLD, dans l'American Journal of Surgery de 1938-39, signale la possibilité d'occlusion intestinale aiguë après intervention de BALDY-DARTIGUES. Dans la Revue médicale de Nancy, décembre 1941, HAMANT et GIRARD citent le cas d'une occlusion intestinale 12 ans après une intervention à la DOLERIS. GUEULETTE surtout étudie ce problème des accidents occlusifs après hystéropexie et essaie de dégager une ligne de conduite prophylactique ; de même que DUFF, dans le British Medical Journal, LEGER, dans le Bulletin médical, 1945, traite du danger d'occlusion intestinale aiguë après ligamentopexie. Récemment enfin, MERGER et MELCHIOR, BROCCQ, MUSSET, etc... citent de nombreux cas d'occlusion intestinale secondaires à l'emploi des techniques classiques d'hystéropexie.

Quelles sont les circonstances d'apparition de ces occlusions ? Rarement immédiates, dans les jours suivant l'intervention,

si l'on en croit MALVY (-Thèse Paris 1950) Beaucoup plus souvent tardives, le délai d'apparition variant entre six semaines et une dizaine d'années. Se voyant enfin après tous les types d'hystéropexie, mais surtout après les techniques de DOLERIS et de BALDY-DARTIGUES.

En ce qui concerne l'anatomo-pathologie et la pathogénie de ces occlusions, il faut évoquer la formation de brides, d'adhérences responsables, secondaires à l'intervention et causées par elle. COUVELAIRE et PELLE ont bien montré que "l'inclusion intrapariétale des ligaments ronds est susceptible d'offrir toutes les occasions et toutes les variantes d'incarcération. L'agent d'étranglement est tantôt représenté par un collet médian limité par la paroi antérieure, l'utérus, latéralement les ligaments ronds. Tantôt c'est un collet latéral, limité par la paroi et le segment externe du ligament. Tantôt les ligaments ronds s'accolent et forment une bride volumineuse provoquant l'occlusion par striction, suture ou volvulus. Rarement, l'anse suit le ligament rond dans son trajet intra-pariétal et l'étranglement est intramural". Ces notions sont précisées par GUEULLETTE. Pour lui, toute opération de fixation d'un organe ptosé intra-abdominal expose à un allongement des mauvaises amarres artificielles. Dans le cas d'une ligamentopexie à la DOLERIS, le contact du fond utérin avec la paroi n'est qu'éphémère ; sous le poids de l'organe, les ligaments s'étirent. Il se crée entre utérus et paroi un orifice limité latéralement par les ligaments ronds. Bien plus, deux nouveaux culs de sac apparaissent de chaque côté, limités en arrière par l'arc du ligament rond plus ou moins étendu de son origine naturelle à sa fixation paramédiane artificielle. Il y a formation d'un "vérita-

ble labyrinthe, bien fait pour que les anses s'y engagent, passant d'une dépression à l'autre, en s'enroulant autour des cordes ligamentaires". Dans le cas d'une isthmopexie, le segment utérin fixé s'étire parfois en une colonne musculaire antéropostérieure dont la hauteur peut atteindre 4 à 5 cm ; il apparaît un orifice sagittal ménagé entre la pexie en haut, le fond du cul-de-sac pré-utérin en bas, où, là encore, des anses peuvent s'engager et s'étrangler, le mécanisme d'étranglement observé étant très variable : incarceration le plus souvent, parfois volvulus, parfois striction, dans certains cas simplement coudure, ainsi que MUSSET et BROcq l'ont bien mis en évidence.

Ce syndrome occlusif qui peut survenir quelques semaines, quelques mois, quelques années même après une hystéropexie, revêt une symptomatologie assez particulière. Aux signes typiques d'occlusion aiguë, le météorisme étant toutefois discret, s'ajoutent des signes plus spécifiques. La douleur initiale et la tuméfaction sont localisées dans la région sus-pubienne, la dysurie est précoce et marquée, au toucher vaginal on note une tuméfaction pré-utérine plus ou moins tendue, rempissant le cul-de-sac antérieur, refoulant le col en arrière, douloureux au contact.

Le traitement, sitôt le diagnostic posé, doit être conduit d'urgence. Si la tentative de réduction vaginale échoue, il est nécessaire d'intervenir, le pronostic n'est pas toujours très favorable.

La prévention de ces occlusions est évidemment au premier plan, la plupart des auteurs ont cherché à améliorer les détails de leurs techniques et le soin qu'ils apportent dans la mise au point des divers temps de l'inter-

vention. Les adhérences et brides se forment lorsque l'une des deux surfaces est dépéritonisée, que la séreuse est enflammée et déshydratée, que le terrain est défavorable, qu'il y a enfin hémorragie ou présence de corps étrangers intrapéritonéaux, MALVY conseille l'usage des champs mouillés et des antibiotiques, l'assèchement de la cavité péritonéale, le drainage bien établi lorsqu'il est nécessaire, une bonne péritonisation. BAZY, puis COUVELAIRE, élargissent le problème en incriminant les techniques elles-mêmes. Il faut pour eux choisir un procédé opératoire qui, en écorrigéant la rétroversion utérine, laisse au pelvis sa morphologie normale et à la cavité abdominale sa statique habituelle. Pour éviter le risque d'étranglement intrapariétal ils conseillent la fermeture méticuleuse de l'orifice autour du ligament rond. Pour éviter le risque d'étranglement dans les fentes latérales, à l'exemple de FJELDBORG et NOVACK, ils recommandent de fermer l'anneau à droite et à gauche, à l'exemple de JAYLE de hâler tout le segment externe du ligament rond. Pour éviter enfin le risque d'étranglement dans l'orifice médian interutéroli-gamentopariétal, ils conseillent, à l'exemple de PALMER et DAVID, d'éviter la fixation trop haute, de trop près et trop médiane, de ne pas inclure les ligaments ronds à plus de deux travers de doigt du pubis, de ne saisir le ligament qu'à 5 cm ou 6 cm de son insertion utérine, de pratiquer l'orifice pariétal soit contre le bord externe du muscle pyramidal abdominal, soit dans la fossette inguinale moyennée. BECLERE et BROCCQ, MUSSET, etc... recommandent des précautions analogues en insistant pour leur part sur la minutie et la douceur particulièrement nécessaires dans ces interventions de chirurgie gynécologique.

Il semble toutefois qu'en dépit et peut-être à cause de leur multiplicité, ces recommandations ne constituent que des points de détail. Leur observation est sans doute nécessaire, comme au cours de toute intervention gynécologique d'ailleurs, mais non suffisante pour éviter l'occlusion intestinale aiguë tardive après une hystéropexie, que celle-ci soit faite pour une rétroversion ou un prolapsus.

— Conclusion de la deuxième partie

Les techniques chirurgicales classiques d'hystéropexie, utilisées isolément dans le traitement de la rétroversion, utilisées isolément ou associées à une intervention par voie basse dans celui du prolapsus sont donc particulièrement nombreuses. Sont-elles pour autant entièrement satisfaisantes ?

Il ne semble pas. Certaines pexies, en particulier les procédés de raccourcissement ligamentaire, exposent à la récurrence. D'autres, les plus classiques, en particulier les ligamento-pexies, se compliquent souvent tardivement, d'occlusion intestinale aiguë dont il faut souligner la fréquence et la gravité. Ces considérations ont conduit DEBIDOUR à imaginer et à mettre au point un procédé d'hystéropexie conciliant ces exigences apparemment contraires : fixer l'utérus par une pexie et le fixer de telle sorte que le risque d'étranglement par brides et adhérences soit pratiquement supprimé.

C'est cette technique originale et ses résultats, objectivés par l'analyse de 42 observations, que nous exposerons dans la troisième et dernière partie de ce travail.

IIIème PARTIE

-:-

LA TECHNIQUE ORIGINALE DU DOCTEUR H. DEBIDOUR SES RESULTATS

-:-

Il s'agit d'une technique d'hystéropexie comportant une fixation sous-péritonéale de l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

Les indications sont la rétroversion utérine d'une part, le prolapsus génital de l'autre.

Le but de cette technique est d'éviter les accidents d'occlusion intestinale aiguë dus à la formation de ces brides intrapéritonéales qui se constituent si facilement après les interventions pratiquées selon l'un des procédés classiques précédemment décrits. Pour cela, les fils de nylon fixant l'utérus à la paroi, au lieu d'être tendus directement au travers de la cavité abdominale comme dans les techniques classiques, doivent être passés exclusivement sous le péritoine. Leur trajet par conséquent va de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, au-dessous successivement :

1. du péritoine recouvrant l'isthme utérin
2. du péritoine du cul-de-sac intervésico-utérin.

3, du péritoine du dôme vésical

4. du péritoine pariétal antérieur.

On évite ainsi radicalement, semble-t-il, la formation de ces collets médians ou latéraux, si fréquemment rencontrés dans les suites des techniques classiques, et où viennent s'incarcérer les anses intestinales.

Les modalités opératoires variant quelque peu selon l'indication, nous décrirons d'abord la technique utilisée avant la ménopause, dans le traitement de la rétroversion, puis celle utilisée après la ménopause dans celui du prolapsus génital. Passant rapidement sur les temps initiaux de l'intervention qui sont identiques aux temps des techniques classiques, nous ne nous étendrons que sur le point particulier de la fixation sous-péritonéale de l'utérus à la paroi.

La technique avant la ménopause

L'indication majeure en est la rétroversion utérine. Les instruments doivent être choisis suffisamment longs, les aiguilles de Reverdin demi-courbes, il est indispensable d'avoir un bon éclairage, de bien exposer la cavité pelvienne qui doit être libre de toutes les anses grêles et du sigmoïde.

1. Premier temps

On pratique une laparotomie. L'incision est en général longitudinale sous-ombilicale, mais on peut faire une incision sus-pubienne type Pfannenstiel, dont le jour un peu plus limité rend l'intervention un peu moins aisée.

2. Deuxième temps

C'est un temps de protection, d'exploration de l'utérus et de ses annexes, de redressement de l'utérus. A l'ouverture, l'aspect des lésions est classique. L'utérus est enfoui dans le cul-de-sac de Douglas. Les ligaments ronds sont grêles et étirés, tendus. Au niveau des annexes, on constate l'existence d'un varicocèle lombo-pelvien. Les vaisseaux utérins, dilatés et flexueux, sont visibles à la face postérieure des ligaments larges, qui peuvent présenter une déchirure de l'un des feuillets. Le Douglas est anormalement profond, on note l'écartement important des ligaments utéro-sacrés. On redresse l'utérus et on le maintient en bonne position, soit par un hystérolabe, soit par un fil passé dans le fond utérin.

3. Troisième temps

C'est le temps de l'hystéropexie sous-péritonéale proprement dite. Précisons d'abord la localisation anatomique des points d'attache des fils de nylon qui fixeront l'utérus à la paroi. Sur l'utérus, les fils doivent être passés dans la paroi antérieure de l'isthme près de la ligne médiane, ils prennent également les ligaments ronds plicaturés sur eux-mêmes et amenés au-devant de la face antérieure de l'isthme. Sur la paroi abdominale antérieure la fixation des fils se fera à l'aponévrose pariétale antérieure en dehors du bord externe des muscles grands droits, à quelques centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne.

On réalise la plicature simple des ligaments ronds toujours étirés en cas de rétroversion. On la complète par une suture des

anses en canons de fusil selon le procédé de WYLIE, BODE et MEUGE-DUDLEY. On amène chaque anse ligamentaire au devant de la face antérieure de l'isthme utérin, symétriquement pour la ligne médiane.

On passe alors quatre gros fils de nylon, deux de chaque côté de la ligne médiane, dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'isthme, en prenant dans la concavité de la bouclé de chaque fil un des deux ligaments ronds précédemment plicaturés. Les quatre fils de nylon sont amenés à la paroi abdominale antérieure sous le péritoine du dôme vésical, deux fils de chaque côté de la ligne médiane. Chaque fil doit être tendu obliquement en avant, en dehors et un peu en haut. Pour ce faire, il est nécessaire d'utiliser une aiguille de Reverdin assez longue et demi-courbe. On passe l'aiguille sous le péritoine du cul-de-sac intervésico-utérin puis sous le péritoine paravésical latéral et on ramène les fils, sous le péritoine, à l'aponévrose pariétale antérieure en dehors des muscles grands droits. Cette manoeuvre ne peut évidemment pas être réalisée en une seule fois, vue la longueur des tissus péritonéaux sous lesquels il faut faire passer les fils. C'est pourquoi deux ou trois aller-retours de l'aiguille sont indispensables. Les fils de nylon, une fois passés, représentent les cotés latéraux et symétriques pour la ligne médiane d'un triangle ayant comme base antérieure la droite passant par les points de fixation pariétaux et comme sommet postérieur la face antérieure de l'isthme utérin. Latéralement donc ils répondent aux culs-de-sac pariétaux latérovésicaux.

La fixation de ces fils de nylon se fait en dehors du grand droit par un point trans-

aponévrotique en respectant les vaisseaux épigastriques qui ne sont d'ailleurs pas loin.

Les fils de fixation sont ainsi entièrement sous-péritonéaux. Ils peuvent être plus ou moins tendus. Ils constituent ainsi des sortes de néo-ligaments ronds, maintenant l'utérus en bonne position et lui gardant sa mobilité, corrigeant donc la rétroversion tout en conservant à l'organe ses possibilités d'ampliation en cas de grossesse.

4. Quatrième temps

Fermeture du péritoine. Suture de la ligne blanche.

5. Cinquième temps

Suture cutanée.

La technique après la ménopause

L'indication majeure en est le prolapsus génital.

La conduite générale de l'intervention est identique. On pratique toujours une fixation de l'utérus à la paroi, les fils de fixation devant être entièrement sous-péritonéaux. Mais ici, il ne s'agit pas seulement de maintenir l'organe en bonne position, il faut aussi l'empêcher de se prolaber dans le canal vaginal. L'amarrage de l'utérus doit donc être plus solide. Comme la malade est ménopausée, on n'a plus à tenir compte des possibilités d'ampliation de l'utérus par grossesse, on assurera donc la solidité de l'hystéropexie en baguant l'isthme au moyen des fils d'amarrage.

Cela sera réalisé simplement en passant les

fils de nylon, fixés d'abord comme précédemment à la face antérieure de l'utérus, derrière l'isthme, en anse de seau, de manière à réaliser un hémicerclage postérieur de l'utérus. Puis les fils sont amenés à la paroi antérieure, sous le péritoine bien entendu, selon la technique décrite précédemment. Les autres temps de l'hystéropexie sont identiques.

Cette hystéropexie peut être utilisée isolément. Le plus souvent, cependant une intervention par voie basse, à type de périnéorraphie, doit lui être associée. La réparation du plancher périnéal et surtout des releveurs est indispensable. Les malades en effet dont nous allons rapporter quelques observations, sont pour la plupart des multipares, comptant dans leurs antécédents obstétricaux, une ou plusieurs déchirures du périnée.

— Les résultats

D'une manière générale les observations rapportées sont celles de 42 malades opérées entre 1955 et 1962. Pour juger des résultats nous disposons donc d'un recul variant, selon les cas, de 1 à 8 ans.

Nous avons 10 cas de rétroversion utérine opérés

L'âge des malades est en moyenne de 32 ans. Il s'agit donc de femmes jeunes, en période d'activité génitale, susceptibles d'être de nouveau enceintes.

Les troubles fonctionnels les plus fréquemment invoqués par nos malades sont les douleurs menstruelles et intermenstruelles, et la dyspareunie.

3 malades ont subi une hystéropexie isolée

Dans 7 autres cas l'hystéropexie était associée à un autre acte chirurgical.

- 1 cas avec ablation KO gauche
- 1 cas avec myomectomie
- 1 cas avec salpingectomie droite
- 1 cas avec cloisonnement du Douglas
- 1 cas avec réfection de la paroi
- 1 cas avec résection-ligature des trompes
- 1 cas avec cautérisation des ovaires et fixation de ces derniers à la paroi.

Nous avons 32 cas de prolapsus génitaux opérés

L'âge des malades est ici en moyenne de 56 ans. Il s'agit donc de femmes ménopausées, chez qui le problème de grossesse ultérieure ne se pose pas.

Les troubles fonctionnels les plus fréquemment évoqués par nos malades sont ici urétrorésicaux, en particulier l'incontinence et la pollakiurie.

10 malades ont eu une hystéropexie isolée
22 malades ont eu leur hystéropexie complétée par une intervention par voie basse type périnéorraphie.

RESULTATS GENERAUX

§ 1 - Sur les (10) malades ayant subi une hystéropexie pour rétroversion utérine

3 malades n'ont pu être suivies (changement de résidence, impossibilité de se déplacer du fait d'obligation professionnelle)

(7) malades dont, rappelons-le, l'âge est en

moyenne de 32 ans, ont été nettement améliorées par l'intervention. Aucune malade ne s'est plainte de réapparition de douleurs, toutes se déclarent très satisfaites.

1 seule a noté dans les mois ayant suivi l'intervention des phénomènes de pollakiurie et d'infection vésicale.

— Aucune n'a présenté de troubles intestinaux ultérieurs, a fortiori d'occlusion aiguë.

1 malade a fait une grossesse ultérieure 24 mois après l'intervention, elle a accouché d'une fille à terme pesant 3.350 g et en bonne santé depuis.

Aucune malade enfin n'a subi de réintervention pour sa rétroversion.

§ 2 - Sur les (32) malades ayant subi une hystéropexie-isolée ou associée à une périnéorraphie - pour prolapsus

8 malades n'ont pu être suivies (pour les mêmes raisons que précédemment : changement de résidence, impossibilité de se déplacer, personnes âgées, etc...)

(24) malades ont été suivies. Rappelons que leur âge est en moyenne de 56 ans et que l'on dispose d'un recul variant selon les cas de 1 à 8 ans pour juger de l'efficacité de l'intervention.

Si l'on considère les résultats anatomiques de l'intervention, on peut noter :

- (20) résultats favorables ou très favorables
- 4 récidives.

Dans 2 cas une réintervention par voie vaginopérinéale a été nécessaire, dans les 2 autres

cas elle est envisagée.

En ce qui concerné les troubles fonctionnels urétro-vésicaux, il faut noter :

- 18 améliorations ou guérisons
- 6 malades se plaignent de la persistance de tels troubles. Sur ces 6 malades, 4 sont celles dont le prolapsus a récidivé. Les troubles présentés sont :

- . 3 cas de pollakiurie
- . 1 cas d'incontinence vésicale vraie
- . 2 cas de brûlures vésicales et urétrales à la miction.

— Aucune malade ne s'est plainte de troubles abdominaux. Aucune n'a été victime d'une occlusion intestinale aiguë. Deux malades ont subi une nouvelle intervention (par voie vagino-périnéale). L'une avait subi une hystéropexie isolée, deux ans auparavant. L'autre avait eu, deux ans auparavant également, une hystéropexie combinée à une périnéorraphie.

Quelques observations typiques

§ 1 - Malades opérées pour rétroversion utérine

Obs. n°1 : Madame BE...

Malade âgée de 30 ans. Diagnostic : rétroversion douloureuse. Intervention en mai 1956. Outre une myomectomie pour petits fibromes du corps, il est pratiqué une isthmopexie selon la technique de DEBIDOUR. Suites opératoires sans histoires. Actuellement :

aucune douleur, pas de troubles intestinaux, pas de nouvelle intervention. Un épisode de "cystite" est signalé.

Obs. n° 2 : Madame BU ...

. Malade âgée de 25 ans. Diagnostic : rétroversion douloureuse. Intervention en avril 1960. Pfannenstiel. Aspect inflammatoire de l'utérus et des annexes prolapsés dans le Douglas. Hystéropexie technique habituelle. Cloisonnement du Douglas. Actuellement très bon résultat, aucune douleur, la malade a fait une grossesse, qu'elle a mené à terme (fille de 3.350 g).

Obs. n° 3 : Madame DU... , 35 ans

Diagnostic : rétroversion utérine. Intervention en novembre 1962. hystéropexie sous-péritonéale. Les résultats sont bons. La malade ne souffre plus. Pas de troubles vésicaux ni d'occlusion post-opératoire.

Obs. n° 4 : Madame NE..., 30 ans.

Règles très irrégulières. Douleurs abdominales "des deux côtés". Examen TV : rétrodévi-
ation utérine. Intervention en 1958. La malade, depuis, ne souffre plus. Elle n'a pas fait d'occlusion intestinale. Aucun trouble fonctionnel urétrovésical.

Obs. n° 5 : Madame IL..., 36 ans

Opérée en 1958 pour rétroversion douloureuse : hystéropexie sous-péritonéale. Les résultats fonctionnels sont excellents : plus de douleurs, la dyspareunie est améliorée. La malade n'a pas fait d'occlusion post-opératoire.

Obs. n° 6 : Madame PI..., 38 ans

Douleurs dans la région lombo-sacrée.
TV : rétroversion. En 1960, hystéropexie selon la technique décrite. La malade ne souffre plus, elle n'a pas présenté de troubles vésicaux. Aucun épisode intestinal post-opératoire. Pas de réintervention chirurgicale.

Obs. n° 7 : Madame FA..., 39 ans

Douleurs dans le bas-ventre, pesanteur lombaire. Au TV : rétroversion. Intervention il y a quelques mois : on pratique une hystéropexie et une fixation des ovaires à la paroi. La malade est déjà très améliorée. Elle n'a pas fait d'occlusion. Un épisode (transitoire) de pollakiurie est à signaler.

§ 2 - Malades opérées pour prolapsus génital

Obs. n° 1 : Madame AL..., 43 ans

Antécédents : 7 grossesses, déchirures périnéales. Diagnostic : prolapsus génital. Intervention en octobre 1958 : pexie utérine serée sous-péritonéale selon la technique de DEBIDOUR. Le résultat anatomique, 5 ans après, est excellent. L'incontinence a été améliorée.
Pas d'occlusion post-opératoire, pas de réintervention.

Obs. n° 2 : Madame GE..., 54 ans

Antécédents : en 1936, déchirure périnéale étendue. Diagnostic : cystocèle avec incontinence. Intervention en 1957 : hystéropexie, périnée complet. Anatomiquement, l'état local est satisfaisant, l'incontinence a

disparu. Pas d'occlusion intestinale post-opératoire. Pas de réintervention.

Obs. n° 3 : Madame PE...

Opérée en 1957 (pexie isolée) pour prolapsus. C'est un échec : le prolapsus récidive. On est conduit à faire une intervention par voie vagino-périnéale en 1959, qui amène la guérison.

Obs. n° 4 : Madame BA..., 49 ans

Prolapsus génital. Intervention en 1958 : hystéropexie sous-péritonéale combinée à une périnéorraphie complète. Les résultats anatomiques et fonctionnels sont bons. Pas de troubles vésico-urétraux ultérieurs, pas d'occlusion dans les suites opératoires tardives, pas de réintervention.

Obs. n° 5 : Madame GE..., 66 ans

Cystocèle, rectocèle, Hystéropexie en 1958. Résultats anatomiques et fonctionnels bons. Les troubles vésicaux disparaissent. La malade n'a pas présenté d'épisode intestinal post-opératoire.

Obs. n° 6 : Madame PO..., 59 ans

Déchirure périnéale en 1923 à la suite d'un accouchement difficile. En 1958, hystéropexie et périnéorraphies antérieure et postérieure. Pendant trois ans, les résultats son excellents. Depuis 1962, récidiv du prolapsus, car la malade exerce un métier particulièrement pénible. Elle n'a jamais fait d'occlusion. Elle ne souffre pas de troubles urétro-vésicaux.

Obs. n° 7 : Madame LE..., 46 ans

Antécédents : deux accouchements sans

déchirure périnéale. Mais à l'examen: cystocèle, rectocèle. Intervention en 1959 : hystéropexie sous-péritonéale et périnéorrhaphie. Résultats anatomiques satisfaisants. Résultats fonctionnels également, si l'on excepte l'existence de douleurs menstruelles. Pas de troubles intestinaux post-opératoires.

Obs. n° 8 : Madame BO..., 43 ans

Il s'agit d'une grande multipare, chez qui on a pratiqué en 1960 une hystéropexie et un périnée antérieur pour colpocèle antérieure et cystocèle. Anatomiquement, l'état post-opératoire est satisfaisant. L'incontinence a disparu, la malade n'a pas fait d'occlusion. Elle n'a pas subi de nouvelle intervention gynécologique.

Obs. n° 9 ; Madame MA..., 52 ans

Deux accouchements, déchirures étendues de la paroi antérieure du vagin. Intervention en 1961 pour cystocèle avec incontinence. Très bon résultat anatomique et fonctionnel.

Obs. n° 10 : Madame GI..., 62 ans

Trois grossesses, déchirures périnéo-vaginales. Intervention en 1962 : hystéropexie, périnée complet pour prolapsus génital et cystocèle. Très bon résultat anatomique et fonctionnel. Pas d'occlusion dans les suites opératoires, pas de réintervention.

Obs. n° 11 : Madame BOU..., 68 ans

Intervention en 1956 pour prolapsus génital: hystéropexie. L'état local est amélioré. La malade ne souffre plus; La pollakiurie a disparu. Il n'y a pas eu de troubles intestinaux post-opératoires. Aucune réintervention.

Obs. n° 12 : Madame QU..., 69 ans

Prolapsus, polype intracavitaire, hernie ombilicale. Intervention le 27 février 1958 : hystéropexie et périnée antérieur, ablation du polype, cure de hernie. Suites satisfaisantes, si l'on excepte quelques douleurs abdominales basses survenant après la toux. Etat anatomique excellent. Pas d'occlusion post-opératoire, pas de réintervention.

Obs. n° 13 : Madame CH..., 58 ans

Cystocèle. Hystéropexie et périnée antérieur. Nette amélioration de l'état anatomique. Un certain degré de pollakiurie persiste.

Obs. n° 14 : Madame TR...

Intervention en 1959 pour prolapsus. On pratique une périnéorrhaphie, antérieure et postérieure et une hystéropexie transisthmique et sous-péritonéale. Bons résultats fonctionnels. La malade n'a signalé ni troubles vésicaux, ni troubles intestinaux.

Obs. n° 15 : Madame BI...

Intervention en décembre 1959 pour cystocèle : on pratique une hystéropexie isthmique et une périnéorrhaphie antérieure. La pollakiurie et les douleurs ont disparu. Pas d'occlusion post-opératoire. Pas de nouvelle intervention.

Conclusion de la troisième partie

Après avoir donc donné quelques indications d'ordre général sur les opérées dont nous avons étudié les observations et que nous avons revues (pour la plupart) récemment,

nous avons essayé de présenter les résultats de notre étude non pas sous forme statistique, mais de manière objective et succincte. Ces résultats, nous les avons illustrés de quelques-unes des observations qui nous ont paru les plus typiques.

Si l'on considère les résultats anatomiques et fonctionnels de la technique d'hystéropexie étudiée, ils sont variables, nous semble-t-il, suivant l'indication.

- les sept cas de rétroversion douloureuse que nous avons pu suivre ont tous été très nettement améliorés. Aucune malade ne s'est plainte de réapparition de douleurs. Une seule malade a présenté, dans les mois ayant suivi l'intervention, des troubles vésicaux, à type de brûlures mictionnelles et de pollakiurie. Ces troubles se sont par la suite estompés, grâce à un traitement purement médical.

- sur les 24 malades opérées de prolapsus que nous avons pu suivre, nous avons noté 20 résultats favorables ou très favorables, 4 récurrences seulement, ce qui représente une proportion satisfaisante, eu égard à l'âge et aux conditions d'existence assez pénibles des malades ayant récidivé. Mais dans tous les cas sauf un, l'incontinence vésicale a été totalement guérie par l'intervention. On peut donc en conclure que l'hystéropexie sous-péritonéale a amélioré :

- [70 pour cent] de nos malades atteintes de rétroversion utérine (100 pour cent si l'on ne tient compte que des malades ayant pu être suivies)

- 65 à 70 pour cent de nos malades affligées d'un prolapsus génital

(75 à 85 pour cent si l'on ne tient compte que des malades ayant pu être suivies)

S'il s'agit d'autre part de malades en période d'activité génitale, l'intervention n'empêche pas les grossesses ultérieures, comme le montre l'observation n° 2 des rétroversions.

Mais le point le plus important, nous semble-t-il, est le suivant : c'est le fait que la technique d'hystéropexie de DEBIDOUR élimine totalement le danger d'étranglement intestinal par brides ou adhérences.

Aucune de nos malades n'a jamais présenté de syndrome sub-occlusif, aucune n'a subi d'intervention chirurgicale pour occlusion intestinale aiguë. Or précisément le recul dont nous disposons pour juger de l'efficacité de l'intervention et qui est selon les cas de 1 à 8 ans, se superpose exactement avec le délai optimum d'apparition de ces accidents dans les suites des techniques classiques.

CONCLUSIONS

-:-

Employées isolément dans la rétrodévi-
ation utérine, isolément ou associées à une inter-
vention par voie vagino-périnéale, dans le
prolapsus génital, les interventions dites
d'hystéropexie posent, comme nous l'avons vu
dans la première partie de ce travail, un
problème opératoire particulièrement délicat.
D'une part, il faut tenir compte d'un grand
nombre de facteurs variables suivant l'indi-
cation et en particulier des composantes
urétrales et vésicales. D'autre part, il
s'agit d'interventions de chirurgie plastique
gynécologique dont le principe et la réali-
sation technique varient considérablement
d'un auteur à l'autre, malgré la tendance
actuelle à l'unification de ces méthodes.

Il existe en effet, nous avons étudié ce
problème dans la deuxième partie, de très
nombreuses techniques d'hystéropexie, cer-
taines employées depuis très longtemps,
d'autres plus récentes, toutes classiques.
Aucune ne peut nous satisfaire pleinement.
Certaines d'entre elles exposent à la réci-
dive. D'autres se compliquent, souvent tar-
divement, d'occlusion aiguë due à l'incar-
cération ou à l'étranglement d'anses intesti-
nales dans des recessus ou sur des brides
intrapéritonéales.

De là l'idée de H. DEBIDOUR de réaliser une hystéropexie entièrement sous-péritonéale, les fils de fixation à la paroi passant sous le péritoine du dôme vésical. Si la malade est opérée avant la ménopause (presque toujours alors il s'agit d'une rétroversion) la fixation utérine est faite à la face antérieure de l'isthme. Après la ménopause, essentiellement dans les cas de prolapsus, on assure la solidité de la pexie par un hémicerclage de l'isthme utérin au moyen des fils de fixation passés en anses de seau. Il semble que cette technique (dont l'exposé et l'étude des résultats ont fait l'objet de la troisième partie de notre thèse) ait pleinement donné satisfaction en ce qui concerne son but essentiel : éliminer le danger d'occlusion intestinale post-opératoire, que tous les auteurs ont signalé à propos des techniques classiques. Notre étude a porté sur 42 observations. Nous disposons pour juger a posteriori de l'efficacité et de l'inocuité de l'intervention d'un recul variant suivant les cas de 1 à 8 ans. Or, sur les 42 malades opérées, aucune, parmi celles du moins que nous avons pu revoir, n'a jamais depuis souffert de syndrome occlusif ou sub-occlusif. Aucune n'a jamais subi d'intervention chirurgicale d'urgence pour occlusion intestinale aiguë. Et quant aux résultats proprement dits, anatomiques et fonctionnels, de l'hystéropexie étudiée, ils cadrent, semble-t-il, avec ceux des techniques les plus récentes et les plus utilisées. Toutes nos malades (suivies) atteintes de rétroversion ont été améliorées. L'une d'elles, âgée de 25 ans, a même fait une grossesse qu'elle a menée à terme. 75 à 85 pour cent de nos malades (suivies) atteintes de prolapsus ont été améliorées. Les incidences urétrales et vésicales de l'hystéropexie doivent être

précisées, surtout lorsque cette intervention a été utilisée en cas de prolapsus. Or, sur nos 24 malades suivies, et un grand nombre d'entre elles souffrait d'incontinence, nous n'avons pu observer qu'un seul échec véritable. Toutes les autres ont vu leur incontinence disparaître totalement, ou, dans les cas les moins favorables, faire place à une pollakiurie combien plus supportable.

En résumé, cette technique d'hystéropexie sous-péritonéale, mise au point par H. DEBIDOUR, nous semble particulièrement indiquée dans la rétroversion utérine douloureuse de la femme jeune, en période d'activité génitale, et aussi dans le prolapsus génital, avec cette restriction qu'il est souvent utile de lui associer un temps vagino-périnéal. Les observations que nous avons présentées (sans avoir voulu pour autant établir une statistique comparable à celles des grands services hospitaliers), semblent bien avoir prouvé non seulement l'efficacité de la méthode, mais aussi et surtout son innocuité : la technique originale proposée élimine radicalement, nous paraît-il, le danger d'occlusion intestinale post-opératoire tardive.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : ABOULKER

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-: -

ALESTE

Thèse Paris 1939
Occlusion aiguë après ligamentopexie
à la Doléris

ARNOLD

American Journal of Surgery Sept.
1938 Vol. 41
Occlusion intestinale après opération
de Baldy-Webster pour rétroversion uté-
rine

BAZY Revue gynécologique 1912. Résultats
éloignés des hystéropexies abdominales

BREST

Thèse Paris 1952
Résultats éloignés du traitement chi-
rurgical de la rétroversion utérine
par le cloisonnement du Douglas

BROCARD

Bulletin de la Société de Gynécologie
et d'Obstétrique de Paris - 1939
Occlusion intestinale 4 ans après une
intervention de Doléris

BROCQ

Précis de Gynécologie Tome II

CHEMARIN

Thèse Lyon 1954-1955

Occlusions aiguës de l'intestin grêle

DUFF

British Medical Journal 2 Oct. 1948

La formation de brides causes d'occlusion en 21 jours

FOURY

Thèse Paris 1959

La rétrodéviation utérine chez la femme jeune en période d'activité génitale. Pronostic et thérapeutique

DE GABRIELLI

Thèse Paris 1958

Incidences digestives des rétrodéviations utérines et de leur traitement chirurgical

GIRARD et HAMANT

Revue médicale de Nancy Déc. 1941

Occlusion intestinale douze ans après une intervention de Doleris

GUEULETTE

Entretiens de Bichat 1948

Des accidents occlusifs après hystéropexie

GUEULETTE

Mémoires de l'Académie de Chirurgie

6 Fèv. 1946

Brides intrapéritonéales en cordes

HEURTIN

Thèse Paris 1958

Considérations sur les conséquences gravidiques et obstétricales des hystéropexies

HUGUIER et CERBONNET

Précis de chirurgie de l'utérus

HURMIC

Thèse Bordeaux 1950-1951

Contribution à l'étude du diagnostic
des occlusions post-opératoires

JAMAIN, LETESSIER, GRENET

Gynécologie et Obstétrique Tome 61
n° 2, 1962

Traitement chirurgical de la Rétro-
version utérine par Douglasséctomie
élargie et plicature des ligaments
utéro-sacrés

KERN

1958

Prae- und postoperative Behandlung bei
gynaekologischen Operationen

LAGOTHETOPOULOS

1957

Chirurgie Gynécologique

LANVIN

Revue du praticien 10 avril 1950

Procédé d'hystéropexie indirecte intra-
péritonéale

LAURENT

Thèse Paris 1942

Traitement chirurgical de la rétrover-
sion utérine par le procédé de Doleris
Pellanda

LEGER

Bulletin Médical n° 3, 21 mars 1945

Du danger d'occlusion intestinale ai-
guë après ligamentopexie interne selon
le procédé de Baldy-Dartigues

MALPAS

Grinnec et Statton Ed. New-York 1944
Prolapsus et affections associées

MALVY

Thèse Paris 1950
Occlusions post-opératoires par adhé-
rences et brides

MERGER et MELCHIOR

Encyclopédie Médico-chirurgicale
Tome n° I
Traitement chirurgical des rétrodé-
viations utérines

MARTIUS

1954
Die Gynaekologischen Operationen und
ihre topographisch-anatomischen Grund-
lagen

MOUNIER

Thèse Bordeaux 1956
Traitement des rétroversions utérines
par le cloisonnement du cul-de-sac
de Douglas

ORTODOXU

Thèse Paris 1922
Ligaments et Isthmopexie dans les
rétrodéviationes utérines

PELLE

Mémoires Académie de Chirurgie 1938
A propos de trois observations d'occlu-
sion intestinale aiguë après ligamen-
topexie à la Doleris

QUAINI et TERZI

Zbl. Gyn. Août 1959.
Rapports entre incontinence et prolap-

sus utérin à ses différents degrés

RECHT

Thèse Paris 1953

Contribution à l'étude des occlusions
post-opératoires immédiates et secondaires précoces

ROCHAS

Thèse Toulouse 1957

Ligamentopexie par doublement des
ligaments ronds et superposition des
feuilletts de l'aileton antérieur

SARFATI

Thèse Paris 1958

Les indications chirurgicales de la
rétroversion utérine isolée

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

XX^e Assises 5-8 Juin

Les troubles fonctionnels uréthro-
vésicaux en gynécologie

STANKIEWICZ

Traitement des rétroversions par le
raccourcissement intra-péritonéal
des ligaments ronds

TE LINDB

Revue Gynécologie et Obstétrique
Juillet 1957

Aspects urologiques de la gynécologie

TRIPET

Thèse Lausanne 1957
Complications médicales chez des
femmes ayant subi une intervention
gynécologique

YOVANOVITCH

Bulletin Médical 1938
Inconvénients et dangers de la
ligamentopexie à la Doleris

SERMENT

- :-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

- :-

